



Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpieczny.pl)

dla formy grupowej w wersji bezimienniej

8 0 1 5 0 0 3 1 0 5 8

Numer polisy

1. Zgłoszenie dotyczy

- Urazu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca / wypadku komunikacyjnego / śmierci rodzica
 Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku / Pobytu w szpitalu wskutek choroby
 Kosztów leczenia i rehabilitacji
 Naprawy, wypożyczenia lub zakupu środków pomocniczych
 Poważnego zachorowania / Ugryzienia przez kleszcza

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego

Tutaj wpisujemy dane dziecka

NOWAK

Nazwisko

ADAM

Imię

00-001 WARSZAWA, UL. KRAKOWSKA 1

Adres

0000000000

PESEL

913-913-913

Telefon

EMAIL@EMAIL.COM

Email

3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Tutaj wpisujemy dane opiekuna prawnego, jeśli dziecko jest pełnoletnie, to wpisuje ono tutaj swoje dane

Nazwisko

Imię

Adres

PESEL

Telefon

Email

4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

PREZYDENT MIASTA WARSZAWA

Organ wydający

AAA 111111

Numer i seria dokumentu

5. Wypadek / informacje dotyczące zdarzenia

01-10-2022

Data zdarzenia

BOISKO PRZY SZKOLE NR 1000 W WARSZAWIE - UL. SZKOLNA 99, 00-001 WARSZAWA

Miejsce zdarzenia

a) Okoliczności i miejsce zdarzenia:

SYN (ADAM NOWAK) PODCZAS PRZERWY LEKCYJNEJ GRAŁ Z KOLEGAMI NA BOISKU SZKOLNYM W PIŁKĘ NOŻNĄ. W PEWNYM MOMENCIE INNY ZAWODNIK WPADŁ NA NIEGO I PRZEWRÓCIŁ GO NA MURAWĘ. SYN W WYNIKU UPADKU DOZNAŁ ZŁAMANIA KOŚCI PRAWYJ RĘKI ORAZ OGÓLNYCH POTŁUCZEŃ.

b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych? NIE TAK

c) Czy leczenie zostało zakończone?

TAK

15-11-2022

NIE

Data zakończenia leczenia

Przewidywany termin zakończenia leczenia

d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE

Dane adresowe:

e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIE

Dane adresowe / sygnatura akt:



f) Miejsce udzielenia pierwszej pomocy medycznej

1. SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE 01-10-2022 UL. POZNAŃSKA 1, 00-001 WARSZAWA
Lp. Nazwa placówki (zakładu leczniczego) Data początku leczenia Adres placówki (ulica / miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

g) Upoważnienie Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji lub dokumentacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

WARSZAWA 23-11-2022 PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

6. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia

- seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (dowód osobisty lub paszport) oraz Akt Zgonu Ubezpieczonego/Rodzica, w przypadku roszczenia z tytułu śmierci
- kopia Karty Informacyjnej Izby Przyjęć / SOR / Ambulatorium / Karty Statystycznej Zgonu
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i specjalistycznego
- kopia skierowania na rehabilitację / karta zabiegów – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów rehabilitacji medycznej
- kopia imiennych faktury i rachunków – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia, w przypadku wezwania Policji na miejsce zdarzenia (dot. przypadków: bójki lub wypadku komunikacyjnego)
- inne dokumenty wskazane przez Generali

Generali T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

7. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia NUMER KONTA NALEŻĄCY DO OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

przelew na rachunek bankowy 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7

przekaz pocztowy Adres: _____

8. Oświadczenia

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia usług w zakresie likwidacji szkód / roszczeń za pomocą poczty elektronicznej oraz sms, akceptuję w całości jego warunki oraz wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz Usługi o jakiej mowa w Regulaminie. Zostałem / am także poinformowany/a, że treść Regulaminu jest dostępna na stronie generali.pl.

Czy w przypadku złożenia reklamacji wnioskuję Pani/Pan o udzielanie odpowiedzi pocztą elektroniczną? TAK NIE

wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres e-mail.

EMAIL@EMAIL.COM

Adres e-mail

wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

913-913-913

Numer telefonu

WARSZAWA 23-11-2022 PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

2. Niniejszym zaświadczam, że Ubezpieczony jest objęty ochroną w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia

WARSZAWA 24-11-2022
Miejscowość Data

PIECZĄTKA I PODPIS SZKOŁY

Ubezpieczający – pieczęć, data i podpis placówki dydaktyczno oświatowej